



FORMULARIO DE ALTA GN ONLINE SERVICES

(credenciales comunes para Interton, Resound, Beltone)

NOMBRE COMERCIAL _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____

CÓDIGO POSTAL _____

EMAIL _____

TELÉFONO _____

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

CARGO/PUESTO _____

Autorizo la cesión de datos por parte de Medical Equipment Design, S.L. a GN Hearing Care S.A con la única finalidad consultar y/o formalizar el estado de alta en el servicio de GN Online Services.

Fecha:

Firmado por:

Firma y sello:

Nº DE CUENTA GN

(A rellenar por GN)
